

RECONNAISSANCE D'INFORMATION

«Consentement Eclairé»

A la demande du Docteur SESSA et pour répondre aux obligations légales, je soussignée **Mme XXXX XXXX** née le **XX/XX/XXXX** confirme avoir été informée par lui, dans le détail, des risques graves, y compris vitaux, et en particulier infectieux, inhérents à toute intervention chirurgicale, et des risques graves, y compris vitaux, particuliers à l'intervention que je dois subir, c'est-à-dire **une** programmée le **XX/XX/XXXX**.

J'ai été informée de l'existence d'un pourcentage de complications graves, de séquelles possibles et de risques, y compris vitaux, tenant non seulement à l'affection dont je suis atteinte et aux associations morbides dont je suis porteuse, mais également à des réactions individuelles imprévisibles, et à un éventuel aléa thérapeutique.

J'ai pu poser au Docteur SESSA toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des aspects anatomiques locorégionaux particuliers, des spécificités de cicatrisation, ainsi que des risques exceptionnels, voire même inconnus.

J'ai été informée par le Docteur SESSA des bénéfices attendus de cette intervention, du risque d'échec ou de résultat décevant, des alternatives thérapeutiques, ainsi que de l'éventualité possible d'une reprise opératoire ultérieure.

Les explications fournies l'ont été en des termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix et demander au Docteur SESSA de pratiquer cette intervention chirurgicale.

J'ai été également prévenue qu'au cours de l'intervention le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu imposant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà dans ces conditions le Docteur SESSA à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire, et à se faire assister éventuellement pour cela par un autre praticien.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention me semble tout à fait suffisant, et que, dans cet intervalle, le Docteur SESSA est à ma disposition pour répondre à toute interrogation de moi-même ou de mon médecin traitant.

Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, toutes les précautions et recommandations qui me seront prescrites en pré- et postopératoire.

Je fais confiance au Docteur SESSA pour utiliser tous les moyens à sa disposition pour approcher le résultat espéré.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité, mais une reconnaissance d'information et un consentement mutuel à l'intervention prévue.

A Toulon, le XX/XX/XXXX

Le futur opéré :.....

Signature à faire

précéder de la mention manuscrite « lu, approuvé et compris »